

第15号様式

受付番号

年 月 日

神奈川県知事 殿

認定特定行為業務従事者認定証（経過措置）交付申請書

介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律附則第14条に定める認定特定行為業務従事者（経過措置）の認定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		性別	
	住所	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村		
	電話番号			
認定を受けようとする特定行為	研修機関名（該当するものがある場合）			
	研修機関所在地（該当するものがある場合）	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村 (ビルの名称等)		
		認定を受けようとする特定行為	研修修了年月日/修了書番号 (該当するものがある場合)	
		1. 口腔内の喀痰吸引	年 月 日/	
		※1 口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）	年 月 日/	
		2. 鼻腔内の喀痰吸引	年 月 日/	
		※1 鼻腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）	年 月 日/	
		3. 気管カニューレ内部の喀痰吸引	年 月 日/	
		※1 気管カニューレ内部の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）	年 月 日/	
		4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	年 月 日/	
	※2 胃ろうによる経管栄養（チューブの接続及び注入開始を除く）	年 月 日/		
	5. 経鼻経管栄養	年 月 日/		

- 備考 1 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 2 「認定を受けようとする特定行為」については該当する特定行為に「○」を記載してください。
 ※1 人工呼吸器装着者への喀痰吸引に関する演習、実習を修了した者については、その他の特定行為と同様に研修修了年月日、修了証明書番号を記載してください。
 ※2 「特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて」（平成22年4月1日厚生労働省医政局長通知）に基づく経管栄養の申請については、「胃ろう」に限るため、「※2 胃ろうによる経管栄養」欄に記載してください。
- 3 下記に記載する添付資料を合わせて提出ください。

添付書類

- 住民票（写）
- 喀痰吸引等に関する研修修了証明証（該当するものがある場合）
 なお、高齢者施設の従業者については、様式15-1 喀痰吸引等に関する研修修了状況補足資料を添付
- 様式15-2 認定特定行為業務従事者認定証（経過措置）交付申請書添付書類①（本人誓約書）
- 様式15-3 認定特定行為業務従事者認定証（経過措置）交付申請書添付書類②（第三者証明書）
- 様式15-4 認定特定行為業務従事者認定証（経過措置）交付申請書添付書類③（実施状況確認書）

喀痰吸引等に関する研修修了状況補足資料（高齢者施設）

認定特定行為業務従事者認定証（経過措置）の申請に係る「喀痰吸引等に関する研修」について、内容、修了時期は次のとおりです。

氏名	性別
	男 ・ 女
生年月日	
大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日	
修了した研修の内容について（□に レ でチェック）	
<input type="checkbox"/>	特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて（H220401 医政発第 0401 第 17 号）
<input type="checkbox"/>	平成 23 年度介護職員等によるたん吸引等の実施のための研修事業の実施について（不特定多数の者対象） （H232006 老健発第 1006 号第 1 号）
<input type="checkbox"/>	平成 22 年度介護職員によるたんの吸引等の試行事業 （不特定多数の者対象）
<input type="checkbox"/>	平成 22 年度介護職員によるたんの吸引等の試行事業 （特定の者対象）
修了した研修の受講期間等について	
上記内容の研修について、平成 年 月より受講し、所定のプログラム （ 時間）を修了しています。	

※本様式は、高齢者施設における「経過措置対象となる研修」の修了状況について確認するために必要な書類ですが、修了証書に代わるものではありませんので、必ず修了証書（写）と本書類を併せてご提出ください。

認定特定行為業務従事者認定証（経過措置）交付申請書添付書類①

本人誓約書

年 月 日

神奈川県知事 殿

申請者 住所 _____

電話 () _____

フリガナ
氏名 _____

印 _____

性別 男 女 _____

生年月日 _____

所属 _____

私は、下記について事実であることを誓約します。

記

介護サービスの基盤強化のための介護報酬等の一部を改正する法律(第14条関係)

私は、現在、介護の業務に従事しており、以下の通知又は事業（#1）に基づき、喀痰吸引等の行為のうち、以下の行為（#2）を実施しています。

※

※ 一時的に離職している者（育児休業中、やむを得ず離職し転職活動中等の者）及び以下の通知又は事業に基づく研修を受講したが現在喀痰吸引等を実施していない者を含む。（#3）

* 以下の該当する項目について、□に「 ✓」をつけてください。

	通知名又は事業名（#1）	実施可能な行為の範囲（#2）
<input type="checkbox"/>	①ALS（筋萎縮性側索硬化症）患者の在宅療養の支援について（平成15年7月17日医政発第0717001号 厚生労働省医政局長通知）	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内面の喀痰吸引
<input type="checkbox"/>	②盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて（平成16年10月20日医政発第1020008号 厚生労働省医政局長通知）	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
<input type="checkbox"/>	③在宅におけるALS以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引の取扱いについて（平成17年3月24日医政発第0324006号 厚生労働省医政局長通知）	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内面の喀痰吸引
<input type="checkbox"/>	④特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて（平成22年4月1日医政発0401第17号 厚生労働省医政局長通知）	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろうによる経管栄養 (チューブ挿入及び注入開始を除く)

<input type="checkbox"/>	<p>⑤介護職員によるたんの吸引等の試行事業（不特定多数の者対象）（平成22年度老人保健建研創生等事業「介護職員によるたんの吸引等の試行事業の研修のあり方に関する調査研究事業」）</p>	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 （人工呼吸器装着者） <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 （人工呼吸器装着者） <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 （人工呼吸器装着者） <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
<input type="checkbox"/>	<p>⑥平成23年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業の実施について（平成23年10月6日老発1006号第1号 厚生労働省老健局長通知）</p>	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 （人工呼吸器装着者） <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 （人工呼吸器装着者） <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 （人工呼吸器装着者） <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
<input type="checkbox"/>	<p>⑦介護職員によるたんの吸引等の試行事業（特定の者対象）</p>	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
<input type="checkbox"/>	<p>⑧平成23年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業（特定の者対象）の実施について（平成23年11月11日障発1111第2号 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）</p>	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養

(#3)

- 現在、喀痰吸引等の行為を実施している。
- 過去に喀痰吸引等の行為を実施していたが、現在一時中断中である。
（中断中の理由： _____)
- 通知又は事業に基づく研修を受講したが現在喀痰吸引等を実施していない。

* 研修歴等を証明する書類があれば添付してください。

* (# 1) のうち①～③、⑦または⑧に該当する場合は、以下の表の左の欄に対象者氏名を記載し、中央の欄に(# 1)にある通知名又は事業名の番号を記載し、右の欄の行為名の該当する項目に「✓」をつけてください。

対象者氏名	通知名又は事業名の番号	行為名
		<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
		<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
		<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養

(※欄が足りない場合は適宜加えてください。)

* 私は、次の各事項には該当しません。

- 一 成年被後見人又は被保佐人
- 二 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた日から起算して二年を経過しない者
- 三 この法律の規定その他社会福祉又は保健医療に関する法律の規定であつて政令で定めるものにより、罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた日から起算して二年を経過しない者
- 四 第四十二条第二項において準用する第三十二条第一項第二号又は第二項の規定により介護福祉士の登録を取り消され、その取消の日から起算して二年を経過しない者
- 五 次項の規定により認定特定行為業務従業者認定証の返納を命ぜられ、その日から二年を経過しない者

(関連規定)

法附則第四条第三項第三号の政令で定める社会福祉又は保健医療に関する法律の規定は、児童福祉法、医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法、医療法、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、生活保護法、社会福祉法、薬事法、薬剤師法、児童扶養手当法、老人福祉法、特別児童扶養手当等の支給に関する法律、児童手当法、介護保険法、障害者自立支援法、平成二十二年度等における子ども手当の支給に関する法律及び平成二十三年度における子ども手当の支給等に関する特別措置法の規定とする。

認定特定行為業務従事者認定証（経過措置）交付申請書添付書類②

第三者証明書

年 月 日

神奈川県知事 殿

証明者 住所

フリガナ
氏名

印

申請者との関係

申請者 フリガナ
氏名

印

所属

私は、下記について事実であることを証明します。

記

介護サービスの基盤強化のための介護報酬法等の一部を改正する法律（第14条関係）

申請者〇〇〇〇は、現在、介護の業務に従事しており、喀痰吸引等の行為のうち、以下の行為（#1）を以下の通知又は事業（#2）に基づき実施しています。（※）

※ 一時的に離職している者（育児休業中、やむを得ず離職し転職活動中等の者）及び以下の通知又は事業に基づく研修を受講したが現在喀痰吸引等を実施していない者を含む。（#3）

* 以下の該当する項目に「」をつけてください。

（#1）

- 口腔内の喀痰吸引
- 口腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）
- 鼻腔内の喀痰吸引
- 鼻腔内の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）
- 気管カニューレ内部の喀痰吸引
- 気管カニューレ内部の喀痰吸引（人工呼吸器装着者）
- 胃ろう又は経腸ろうによる経管栄養
- 胃ろうによる経管栄養（チューブの接続及び注入開始を除く）
- 経鼻経管栄養

（#2）

- ①ALS（筋萎縮性側索硬化症）患者の在宅療養の支援について（平成15年7月17日医政発第0717001号 厚生労働省医政局長通知）
- ②盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて（平成16年10月20日医政発第1020008号 厚生労働省医政局長通知）
- ③在宅におけるALS以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引の取扱いについて（平成17年3月24日医政発第0324006号 厚生労働省医政局長通知）

- ④特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて(平成22年4月1日医政発0401第17号 厚生労働省医政局長通知)
- ⑤介護職員によるたんの吸引等の試行事業(不特定多数の者対象)(平成22年度老人保健健康増進等事業「介護職員によるたんの吸引等の試行事業の研修のあり方に関する調査研究事業」)
- ⑥平成23年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業の実施について(平成23年10月6日老発1006号第1号 厚生労働省老健局長通知)
- ⑦介護職員によるたんの吸引等の試行事業(特定の者対象)
- ⑧平成23年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業(特定の者対象)の実施について(平成23年11月11日障発1111第2号 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)

(#3)

- 現在、喀痰吸引等の行為を実施している。
- 過去に喀痰吸引等の行為を実施していたが、現在一時離職中である。
(離職中の理由:)
- 通知又は事業に基づく研修を受講したが現在喀痰吸引等を実施していない。

* (#2)のうち①～③、⑦または⑧に該当する場合は、以下の表の左の欄に対象者氏名を記載し、右の欄の行為名の該当する項目に「✓」をつけてください。

対象者氏名	行 為 名
	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養

(※欄が足りない場合は加えること。)

認定特定行為業務従事者認定証（経過措置対象者）交付申請書添付書類③

実施状況確認書

年 月 日

神奈川県知事 殿

申請者 住所 _____
電話 () _____
フリガナ _____ 印 _____
氏名 _____
性別 男 女 _____
生年月日 _____
所属 _____

介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（第14条関係）

以下の項目のうち確認済みのものについて、「✓」をつけてください。

- 喀痰吸引及び経管栄養の実施は医行為であることを理解している。
- 喀痰吸引等を行うには、医師の指示及び看護職員との連携の下行う必要があることを理解している。
- 清潔の概念を理解している。
- 正しい手洗いができる。
- 急変状態（意識状態、呼吸、脈拍、痛み、苦痛など）を見逃さず、看護師への報告等、適切に対処できる。
- 喀痰吸引に使用する器具を適切に取扱うことができる。（喀痰吸引を対象とする認定証の申請の場合のみ）
- 喀痰吸引が適切に実施できる。（喀痰吸引を対象とする認定証の申請の場合のみ）
- 喀痰吸引を行う場合の危険性を理解している。（喀痰吸引を対象とする認定証の申請の場合のみ）
- 経管栄養に使用する器具の取扱いができる。（経管栄養を対象とする認定証の申請の場合のみ）
- 経管栄養が適切に実施できる。（経管栄養を対象とする認定証の申請の場合のみ）
- 経管栄養を行う場合の危険性を理解している。（経管栄養を対象とする認定証の申請の場合のみ）

認定特定行為業務従事者認定証交付申請管理票

* 次表を記入の上、従業者の申請を取りまとめの上、送付してください。

施設・事業所等の名称						
施設・事業所等の種別	高齢	特養・老健・特定（有料）・訪問介護・その他（ ）				
	障害	障害者支援施設・GHCH・生活介護・居宅介護・その他（ ）				
	教育等	特別支援学校・保育園				
	その他	個人・その他（ ）				
問い合わせ先 (担当者氏名)						
連絡先		電話	()	FAX	()	
提出書類一覧（申請者ごとに書類が揃っているかチェックしてください。）						
申請者氏名	認定証 交付申請書	住民票	研修修了証 明書	誓約書	第三者証明 書	実施状況確 認書

* 通知に基づく経過措置対象者については、研修修了証明書欄は「該当なし」と記載してください。